

**Deutsche Post AG**  
**NL Renten Service**  
**Postfach 106018**  
**70049 Stuttgart**

Bitte lesen Sie den Antrag sorgfältig durch, bevor Sie Teil A ausfüllen und eigenhändig unterschreiben. Beachten Sie bitte die anhängenden Erläuterungen (**insbesondere zu Ziffer 21**), die Ihnen das Ausfüllen des Antrags erleichtern sollen. Wenn Ihnen das Ausfüllen des Antragsvordruckes trotzdem Schwierigkeiten bereiten sollte, wird Ihnen der frühere Arbeitgeber des/der Versicherten bzw. Versicherungsrentenberechtigten dabei sicher gerne behilflich sein.

**Hinweis zum Datenschutz:** Die in diesem Antrag erfragten Daten benötigt die VAP zur Feststellung Ihres Anspruchs sowie zur Berechnung und Zahlung der Leistungen. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.

Ohne diese Angaben ist die Bearbeitung Ihres Antrags nicht möglich. Detaillierte Informationen zum Datenschutz bei der VAP oder bei Beschwerden in Bezug auf Datenschutz bei der VAP können Sie der Homepage [www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf](http://www.vap-stuttgart.de/pdf/Datenschutzhinweis.pdf) entnehmen.

Auf besondere Anforderung können Sie diese Information auch in Schriftform erhalten.

## Antrag auf Versicherungsrente bzw. Leistungen nach § 18 Betriebsrentengesetz für Versicherte oder Hinterbliebene <sup>1)</sup>

1) Dieser Antrag gilt auch für Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Felder, die Ehe und Familienstand der Witwe/des Witwers betreffen, gelten entsprechend.

VAP-Versicherungsnummer oder  
VAP-Rentennummer

### Angaben zur Person des/der Versicherten oder Hinterbliebenen

1	Name, Vorname	Geburtsname
2	ggf. früher geführte(r) Name(n)	Geburtsdatum
3	Straße, Hausnummer	
4	Postleitzahl, Wohnort	Telefon (Vorwahl und Rufnummer)
5	Steuerliche Identifikationsnummer	
6	<b>- Nur ausfüllen bei Antrag auf Hinterbliebenenrente -</b> Tag der Eheschließung mit der/dem Verstorbenen	
7.1	Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)  Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.  Haben oder hatten Sie Kinder <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.). Sollten alle Kinder das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben, genügt der Nachweis für eines der Kinder.  <b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b> Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)	

VAP-Fbl. Stand: 02.05.2024

Hausadresse  
Naheimer Str. 98  
70372 Stuttgart

Telefon  
(0711) 9744-0  
Fax  
(0711) 9744-11709

E-Mail  
Info@VAP-Stuttgart.de  
Internet  
www.vap-stuttgart.de

Postbank Stuttgart  
BIC PBNKDEFF600  
IBAN DE02 6001 0070 0000 6337 06

Landesbank Baden-Württemberg  
BIC SOLADEST600  
IBAN DE88 6005 0101 7871 5217 97

**Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung**

7.2	Versicherungsnummer des Antragstellers in der gesetzlichen Rentenversicherung:
-----	--

**Antragstellung durch andere Personen**

8	Der Antrag wird in Vertretung des/der Versicherten/Hinterbliebenen gestellt vom: <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Betreuer/Pfleger <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> sonstigen gesetzlichen Vertreter Bitte entsprechende Nachweise (Betreuerausweis, Vollmacht usw.) beifügen.
9	Name, Vorname bzw. Bezeichnung der Behörde: _____
10	Anschrift

**Angaben zur Person des/der Verstorbenen  
(Angaben nur bei Antrag auf Hinterbliebenenrente)**

11	Name, Vorname	Geburtsname
12	ggf. früher geführte(r) Name(n)	Geburtsdatum
13	verstorben am	
14	<b>- Nur ausfüllen, wenn der/die Verstorbene eine Rente aus der VAP bezogen hat -</b> Wurde der Tod dem Renten Service der Deutschen Post AG mitgeteilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	

**Bankverbindung**

15	Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:	
16	BIC/SWIFT-Code:	
	IBAN:	
17	Name und Ort des Geldinstitutes:	
18	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.	

Beantragte Leistung		
19	Ich beantrage Rente wegen	
20	<input type="checkbox"/> Bezug einer gesetzlichen Altersrente	
21	<input type="checkbox"/> Erreichens der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung	
22	<input type="checkbox"/> voller Erwerbsminderung/Dienstunfähigkeit	
23	<p><b>- Nur ausfüllen bei Antrag auf Hinterbliebenenrente(n) -</b>            Ich beantrage Rente für</p> <input type="checkbox"/> Witwen <input type="checkbox"/> Witwer <input type="checkbox"/> Geschiedene (früherer Ehegatte) <input type="checkbox"/> erstmalig <input type="checkbox"/> Wiederaufleben <input type="checkbox"/> Waisen	
	Name und Vorname(n) der Waisen	Geburtsdatum
	Für jede volljährige Waise bitte ein Blatt "Zusatzangaben der volljährigen Waise" ausfüllen.	

Weitere Versicherungsverhältnisse oder weitere Ansprüche auf Rente	
24	Erhalten Sie bereits eine VAP-Rente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Rentennummer <input type="text"/> von <input type="checkbox"/> Deutsche Post AG, NL Renten Service, <input type="checkbox"/> Deutsche Telekom AG
25	Haben Sie früher aus einem eigenen Versicherungsverhältnis eine VAP-Rente erhalten oder beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Rentennummer <input type="text"/>
26	Sind Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE) versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter der Versichertennummer <input type="text"/> Anschrift der ZVE:
27	Erhalten Sie oder haben Sie Anspruch auf Rente/Hinterbliebenenrente einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (ZVE)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, unter dem Zeichen/der Nummer <input type="text"/> Anschrift der ZVE:
28	Erhalten Sie Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. haben Sie solche beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, zuständiges Versorgungszentrum:

<b>Sonstige Angaben</b>			
29	Beziehen oder beantragen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	vom Versorgungsamt in (Anschrift)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
30	Lastenausgleichsgesetz	vom Lastenausgleichsamt in (Anschrift)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
31	SGB XII (Sozialhilfe)	von (Name des Trägers und Anschrift)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
32	<b>- Nur ausfüllen bei Antrag auf Rente für Versicherte -</b>		
	Wurde aufgrund einer Ehescheidung ein Versorgungsausgleich durchgeführt?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts-/Familiengericht	_____	
	Bitte Entscheidung zum Versorgungsausgleich beifügen.		
33	Ist ein Ehescheidungsverfahren anhängig?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, beim Amts-/Familiengericht	_____	
34	Bestehen Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Ihrem/Ihrer geschiedenen Ehemann/Ehefrau?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)		
35	<b>- Nur ausfüllen, bei Antrag auf Hinterbliebenenrente -</b>		
	Wurde bei dem/der Verstorbenen ein Versorgungsausgleich durchgeführt oder ist ein Verfahren anhängig?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Amts-/Familiengericht	_____	
36	Steht der Versicherungsfall im Zusammenhang mit einer Schädigung, die durch andere Personen verursacht oder mitverursacht worden ist (z. B. durch Verkehrsunfall, Wegeunfall, tätlichen Angriff, Unfall mit Tieren, ärztlicher Behandlungsfehler)?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Unfalltag	_____	
	Name und Anschrift des Schädigers:		
	Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung des Schädigers (ggf. Aktenzeichen):		

## Zusatzangaben der volljährigen Waise

Angaben zur Person			
37	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">Name, Vorname</td> <td style="padding: 5px;">Geburtsdatum</td> </tr> </table>	Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum		
38	Straße, Hausnummer		
39	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">Postleitzahl, Wohnort</td> <td style="padding: 5px;">Telefon (Vorwahl und Rufnummer)</td> </tr> </table>	Postleitzahl, Wohnort	Telefon (Vorwahl und Rufnummer)
Postleitzahl, Wohnort	Telefon (Vorwahl und Rufnummer)		
40	Steuerliche Identifikationsnummer		
41	<p>Sind Sie Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)</p> <p>Wenn nein, bitte Nachweis einer privaten Krankenversicherung beifügen.</p> <p>Haben oder hatten Sie Kinder <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis bei (Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch usw.).</p> <p><b>- Nur ausfüllen, wenn von vorstehender Krankenkasse abweichend -</b> Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)</p>		

Bankverbindung			
42	<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Überweisung auf das unter den Ziffern 15-18 angegebene Konto einverstanden.		
43	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Überweisung auf folgendes Konto:		
44	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">BIC/SWIFT-Code:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">IBAN:</td> </tr> </table>	BIC/SWIFT-Code:	IBAN:
BIC/SWIFT-Code:			
IBAN:			
45	Name und Ort des Geldinstitutes:		
46	Falls Sie nicht oder nicht alleinige(r) Kontoinhaber(in) sind: Name und Anschrift der anderen Person.		

## Erklärung der antragstellenden Person

Ich erkläre, dass ich

- alle Fragen richtig und vollständig beantwortet habe,
- die mir gegen Dritte zustehenden Schadensersatzansprüche in der Höhe an die VAP abtreten werde, in der mir die VAP aufgrund des dem Schadensersatzanspruch zugrunde liegenden Schadensereignisses Leistungen oder erhöhte Leistungen gewährt. Meine Schadensersatzansprüche werde ich insoweit nicht abfinden lassen.
- **mit der Anforderung der für das Bestehen des Rentenanspruchs und dessen Höhe notwendigen Daten der gesetzlichen Sozialleistungsträger durch die VAP unmittelbar bei den Sozialleistungsträgern einverstanden bin (Rentenbescheid des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, Zahlbetrag der aktuellen gesetzlichen Rente).**

Ich verpflichte mich,

- die mir mit der Mitteilung der VAP über die Erstberechnung der Versicherungsrente zugehenden Hinweise auf die Anzeigepflicht nach § 63 der VAP-Satzung zu beachten und diesen nachzukommen,
- unter Berücksichtigung der Anzeigepflichten (§ 63 VAP-Satzung) die VAP unverzüglich schriftlich zu benachrichtigen, wenn nach der Antragstellung Änderungen eintreten, die den Anspruch auf Versicherungsrente berühren.  
Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ruht oder wegfällt,
- die aufgrund einer Verletzung einer Anzeigepflicht zu viel gezahlten Rentenbeträge an die VAP zurückzuzahlen,
- **dem Renten Service der Deutschen Post AG unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge an den Renten Service der Deutschen Post AG für Rechnung des Leistungsträgers zurückzuzahlen. Dieser Auftrag kann nur von mir - nicht jedoch von meinen Erben - widerrufen oder geändert werden,**
- **mein kontoführendes Geldinstitut vom Bankgeheimnis zu entbinden, soweit dies für die Klärung und Realisierung eines Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.**

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

---

(Unterschrift der volljährigen Waise)

## Einwilligungserklärung zur Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift

Die nachstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Antragsbearbeitung. Eine Weitergabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift erfolgt nur, wenn Sie die Antwort „Ja“ ankreuzen und unterschreiben.

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift an die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften (§ 2, Abs. 1 und Anh. 1 zu § 2 der VAP-Satzung) für die Zusendung von Informationsmaterial weitergegeben werden:**

(Bitte je Unterschrift ankreuzen)

Nein       Ja

Nein       Ja

Nein       Ja

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der volljährigen Waise)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der volljährigen Waise)

**Verzeichnis der Anlagen, die dem "Antrag auf Versicherungsrente" beigelegt sind**  
**(bitte Zutreffendes ankreuzen)**

<input type="checkbox"/> C01	Zurruhesetzungsverfügung
<input type="checkbox"/> C02	Bescheid des gesetzlichen Versicherungsträgers über die Gewährung von Rente
<input type="checkbox"/> C03	Bescheid(e) über die Gewährung von Rente(n) aus einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung bzw. Nachweis über laufende oder kapitalisierte Versorgungs- oder versorgungsähnliche Bezüge
<input type="checkbox"/> C04	Sterbeurkunde des/der Versicherten bzw. Rentenempfängers/Rentenempfängerin
<input type="checkbox"/> C05	Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde
<input type="checkbox"/> C06	Geburtsurkunde(n) der rentenberechtigten Waise(n)
<input type="checkbox"/> C07	Amtsärztliches Zeugnis für die über 18 Jahre alten Waisen, dass sie infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen dauernd außerstande sind, sich selbst zu unterhalten
<input type="checkbox"/> C08	Betreuerausweis über Betreuungsverhältnis/Pflegschaft
<input type="checkbox"/> C09	Belege zur Erklärung der Verschollenheit des/der Versicherten
<input type="checkbox"/> C10	Nachweis der Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/> C11	Nachweis über private Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> C12	

## **Erläuterungen zum Antrag auf Versicherungsrente für Versicherte oder Hinterbliebene**

Die VAP führt die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer für die zum Geschäftsbereich der VAP gehörenden Unternehmen, Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften durch. Die Versicherungsrente wird aufgrund tarifvertraglicher Regelungen in Verbindung mit der Satzung der VAP gewährt.

### **Geschäftsbesorgung**

Die Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG, Postfach 106018, 70049 Stuttgart hat im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrages für die VAP die Bearbeitung von Leistungsanträgen übernommen. Namens und im Auftrag der VAP bearbeitet die Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG die Leistungsanträge und versendet auch die entsprechenden Mitteilungen.

Anspruch auf Versicherungsrente für Versicherte besteht, wenn

- die Wartezeit erfüllt,
- der Versicherungsfall eingetreten und
- der/die Versicherte in diesem Zeitpunkt freiwillig (weiter-)versichert oder beitragsfrei versichert ist.

Anspruch auf Versicherungsrente für Hinterbliebene besteht, wenn der/die Verstorbene

- im Zeitpunkt des Todes freiwillig (weiter-)versichert oder beitragsfrei versichert (also nicht pflichtversichert) war und die Wartezeit erfüllt hatte oder,
- bereits Versicherungsrente für Versicherte bezogen hat.

War der/die Verstorbene im Zeitpunkt des Todes pflichtversichert oder hat er/sie in diesem Zeitpunkt Versorgungsrente bezogen, bitte den „Antrag auf Versorgungsrente für Hinterbliebene“ verwenden.

### **VAP-Versichertennummer**

Die VAP-Versichertennummer ist in den Versicherungsunterlagen (z. B. Anmeldebestätigung, Abmeldung) angegeben. Ist Ihnen die Versichertennummer nicht bekannt, kann die Eintragung entfallen.

### **VAP-Rentennummer**

Die VAP-Rentennummer ist aus der letzten Rentenmitteilung zu ersehen.

### **Zu den Ziffer 5, 23 und 40: Steuerliche Identifikationsnummer**

Geben Sie hier die 11-stellige Identifikationsnummer (IdNr) nach § 139 b Abgabenordnung (AO), die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern zugeteilt wurde, an. Sie finden Ihre IdNr auf dem Einkommensteuerbescheid, auf Ihrer Lohnsteuerbescheinigung oder im Informationsschreiben Ihres Finanzamtes.

### **Zu Ziffer 7.1: Krankenkasse und Pflegekasse**

Die Renten der VAP unterliegen der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung soweit bei Ihnen eine Pflichtversicherung besteht. Die VAP ist daher verpflichtet, von diesen Renten den Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag einzubehalten und an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse abzuführen.

Die Angabe der Mitgliedsnummer der Krankenkasse und Pflegekasse ist zwingend erforderlich. Dies betrifft nicht freiwillig Versicherte oder privat Kranken- und Pflegeversicherte.

Aufgrund des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes vom 15.12.2004 müssen Kinderlose der Geburtsjahrgänge nach 1939, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung zahlen.

Neben leiblichen und adoptierten Kindern gelten unter besonderen Voraussetzungen auch Stief- und Pflegekinder als Kinder im Sinne dieses Gesetzes. Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die antragsbearbeitende Stelle.

**Zu den Ziffern 15 bis 18: Bankverbindung**

Die IBAN- und BIC-Kennzahl finden Sie auf Kontoauszügen Ihrer Bank.

**Zu Ziffer 20: Erreichen der Altersgrenze**

Wird Ihnen aufgrund Ihres Antrages beim gesetzlichen Rentenversicherungsträger wegen Erreichen der Altersgrenze erstmalig keine Vollrente, sondern eine Teilrente bewilligt, können Leistungen aus der VAP nicht gewährt werden.

**Zu Ziffer 23: Beantragte Versicherungsrente für Hinterbliebene**

Anspruchsberechtigt sind

- die Witwe,
- der Witwer,
- der/die eingetragene Lebenspartner/in sowie
- die Kinder des/der Verstorbenen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Ferner sind anspruchsberechtigt

- die geschiedene Ehefrau, wenn die Ehe vor dem 01. 07. 1977 geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde und die Ehefrau nicht wieder geheiratet hat. Dies gilt nur, wenn die Ehe aus alleinigem oder überwiegendem Verschulden des Verstorbenen geschieden wurde und der Verstorbene im letzten Jahr vor seinem Tode Unterhalt geleistet hat oder zum Unterhalt verpflichtet war.
- die volljährige Waise, wenn und solange sie eine entsprechende gesetzliche Rente erhält. Über das 27. Lebensjahr hinaus wird Waisenrente nur gewährt, wenn die Waise infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

**Zu den Ziffern 26 und 27: Zusatzversorgungseinrichtungen**

Zusatzversorgungseinrichtungen (ZVE) sind z.B. die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), die Bundesbahnversicherungsanstalt Abteilung B sowie die kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgungskassen.

**Zu Ziffer 32: Versorgungsausgleich**

Ein Versorgungsausgleich könnte durchgeführt worden sein, wenn eine frühere Ehe des/der Verstorbenen geschieden wurde.

**Zu den Ziffern 42 bis 46: Bankverbindung**

Siehe Erläuterung zu den Ziffern 15-18.